

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE

ROSALBA VAZ SCHÜLLI DOS ANJOS

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGENS
EDUCACIONAIS INOVADORAS PARA A SAÚDE DOS ADOLESCENTES DO
TERRITÓRIO DE UNIDADE DE SAÚDE EM COLOMBO/PARANÁ.

CURITIBA
2014

ROSALBA VAZ SCHÜLLI DOS ANJOS

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGENS
EDUCACIONAIS INOVADORAS PARA A SAÚDE DOS ADOLESCENTES DO
TERRITÓRIO DE UNIDADE DE SAÚDE EM COLOMBO/PARANÁ

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA
2014

Dedico este trabalho a Deus, autor da vida e que, sempre acreditando em minha potencialidade, doou-me mais esta rica oportunidade de aperfeiçoar-me profissional e pessoalmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por conceder-me iniciar e concluir mais essa etapa, pela vida e saúde.

Agradeço aos meus pais por todos os valores, exemplos e sacrifícios que trouxeram perfume e sabor à minha existência.

Agradeço ao meu esposo e apoiador, sempre presente ao meu lado em todos os momentos, pelo amor incondicional.

Agradeço aos meus filhos que com seus sorrisos amenizaram o cansaço e com sua energia revigoraram-me as forças, pela compreensão do amor e pela alegria da vida.

Agradeço aos professores e tutores pela valiosa colaboração, pois estiveram apoiando e incentivando-me em todo o decorrer do curso.

Agradeço à Prof. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves por ter aceitado prontamente o desafio de juntas construirmos este trabalho de conclusão de curso, tendo ajudado a trilhar mais este trajeto de meu caminhar, pelo exemplo e pelos conhecimentos que dividiu de sua tão rica experiência em educação e em saúde.

Algo que eu não sei não é problema, mas
quando eu ignoro alguma coisa que eu preciso
saber eis-me diante de um problema.

SAVIANI, 1996, p.14.

RESUMO

Educação em saúde é um tema abordado com frequência na Estratégia Saúde da Família (ESF), porém na maioria das vezes a reflexão sobre o que é educar e como educar em saúde ocorre somente de forma superficial ou então nem ocupa espaço na agenda dos profissionais e dos gestores desses serviços de saúde. O presente estudo segue na linha de revisão de literatura sobre esse importante tema, além da apresentação de proposta de atuação, trabalhando com população adolescente do território abrangido por unidade de saúde de Colombo/Pr. Seguirá com ações que se propõem a estimular a transformação do indivíduo e de seus grupos de inserção na família e na comunidade além de mudanças na prática profissional. As metodologias ativas e a aprendizagem significativa foram escolhidas para conduzir as atividades educacionais neste estudo, sendo abordagens educacionais inovadoras que partem daquilo que o indivíduo e o grupo já conhecem para então fazer acréscimos que promovam ressignificações no grupo. O presente projeto tem como ações práticas: o planejamento estratégico anual das atividades de educação em saúde com grupos adolescentes do território; educação em saúde para a população alvo e concomitante a ações que propiciem um melhor diagnóstico da realidade de saúde através de estimativa rápida, evidênciação de biofilme e coleta de dados numéricos quanto à gestação na adolescência na população acompanhada, entre outros questionamentos sobre saúde. A intervenção proposta será realizada de forma multidisciplinar e integrando os demais profissionais da unidade, e, por conseguinte o trabalho com os profissionais da unidade de saúde acontecerá de forma simultânea e reflexiva ao trabalho com adolescentes, tanto nos grupos instituídos na unidade de saúde de estudo no município de Colombo/Pr, quanto com os escolares adolescentes de duas escolas da área de abrangência.

Palavras-Chave: educação em saúde na ESF; adolescentes; metodologias ativas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 APRESENTAÇÃO E PROBLEMÁTICA.....	9
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO	11
1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO.....	11
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	12
2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	16
3 METODOLOGIA.....	28
4 A ORGANIZAÇÃO	30
4.1 DESCRIÇÃO GERAL	32
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	34
5 PROPOSTA.....	36
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	36
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO (ETAPAS E AÇÃO).....	41
5.3 RECURSOS.....	42
5.4 RESULTADOS ESPERADOS	43
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS-MEDIDAS PREVENTIVO CORRETIVAS.....	44
6 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias – que é a adscrição de clientela – localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A ESF está voltada para a atenção à saúde de uma população, na qual o núcleo familiar é o que ocupa lugar de destaque. Além disso, outros pontos relevantes são o reconhecimento e conhecimento do território, o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, as ações voltadas à saúde de forma integral, a organização em uma rede com pontos de atenção hierarquicamente dispostos de acordo com a complexidade da necessidade do cuidado, havendo referência entre os distintos pontos de atenção, além de atividades que incentivem a autonomia e empoderamento das populações para lutar por sua saúde e integralidade das ações.

A educação em saúde, conforme demonstrada no trabalho de Ronzani e Silva (2008) é um tema pouco lembrado pelos atores dos serviços de saúde da ESF, sendo que nesse estudo somente os gestores relataram a educação em saúde como tema de relevância na estratégia, enquanto os profissionais e os usuários não fizeram relato ou menosprezaram as ações que não sejam as consultas realizadas pelos profissionais. Esses resultados encontrados reforçam o entendimento do presente estudo de que os profissionais da ESF precisam, com certa destreza, modificar seu olhar frente à realidade e ver a educação em saúde na dimensão em que ela se situa no paradigma de saúde em que essa estratégia insere-se, qual seja o da promoção da saúde e da integralidade de atenção, dentre outros.

Essa mudança de visão e de atuação, numa visão ampliada de saúde, também acabará por exercer um reflexo positivo na população alvo que, ao participar de ações de educação que valorizem seu saber e coloquem-no em posição de autonomia e decisão em relação à sua saúde, compreenderão o valor dessas atividades e reagirão com escolhas mais saudáveis em sua família e comunidade. A população alvo são os adolescentes, que estão passando por uma

fase do desenvolvimento humano que se caracteriza por ser um período curto, pois do ponto de vista jurídico dura apenas seis anos (12 a 18 anos incompletos), é uma fase de mudanças profundas e rápidas no ciclo de vida. Isso se revela nas mudanças biológicas, comportamentais, de aprendizagem, de socialização, de descobertas, de interação e de inúmeros processos que nos permitem valorizar a adolescência como um potencial imprescindível para a sociedade. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reitera esse entendimento quando relata que:

Para as políticas públicas, a adolescência também representa uma grande oportunidade. Seja em simples iniciativas de educação de pares para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, ou em movimentos culturais de contestação das injustiças e disparidades. Por certo, a percepção da adolescência como uma oportunidade não pode negligenciar as tensões e conflitos que surgem nesse processo. Entretanto, é preciso admitir que essas mesmas tensões não são produzidas exclusivamente pelos adolescentes e sim pelas contradições, injustiças, disparidades e decisões da própria sociedade. O que os adolescentes fazem é expressá-las de forma mais contundente e enfrentá-las sem o temor e o fatalismo que por vezes os adultos se impõem. (UNICEF, 2011, p.10).

Trabalhar educação em saúde de forma significativa com adolescentes julga ter a compreensão da aquisição prévia das “ideias âncoras” pelos atores envolvidos: usuários e profissionais, partindo de suas múltiplas vivências. Esse é a base da conceituação seguida pela aprendizagem significativa e abordagem de educação através de metodologias ativas. (MORAES, 2005).

Nesses termos é que a educação em saúde concretiza-se, com abordagem pedagógica através das metodologias ativas, predominando um discurso que coloca também em pé de igualdade os profissionais envolvidos nesses serviços, sendo que cada profissional conta com a possibilidade formal de participar na definição das prioridades e estratégias para enfrentamento dos problemas. Nesse ínterim ocorre algo muito desejável que é criar condições para que a globalidade dos problemas de saúde se manifeste, desafiando as limitações e competências individuais dos vários profissionais e especialistas e fazendo com que a interdisciplinaridade passe a ser cobrada não só pela vontade de alguns deles, mas também a partir das demandas da população. O intercâmbio entre os vários profissionais passa a existir não apenas na definição de estratégias globais do serviço, mas também para enfrentar os pequenos problemas de saúde.

Novak (1980, p.15) apud Moraes (2005, p. 54) considera que uma educação bem-sucedida é aquela que leva ao engrandecimento humano e deve concentrar-se em muito mais do que o pensamento dos envolvidos na ação educativa: os sentimentos e as ações também são importantes. Este estudo traz uma ponderação empírica de que a ação do coletivo tem grande impacto sobre as escolhas individuais, que por vezes nem são facultadas, mas quase impostas pela coletividade, sem que o indivíduo tenha oportunidade ou possibilidade e autonomia de refletir e compreender as consequências.

Para o presente trabalho serão avaliados indicadores para os quais há necessidade de maior enfrentamento pelo serviço de saúde, segundo análises empíricas e de dados estimados para a população adolescente residente na área abrangida. Essa avaliação propõe-se a refletir o alcance das atividades de educação em saúde nos grupos de adolescentes de programas instituídos na Unidade de Saúde e nas escolas dessa área.

1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA

O trabalho na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) coloca o profissional frente a desafios que por vezes parecem intransponíveis e uma especialização em gestão coloca-o em posição ainda mais incômoda quando se dá conta de tantas interfaces/meandros envolvidas nesse trabalho seja pela imensa carga de demandas institucionalizadas, pelo lento avanço na ruptura com o paradigma de saúde médico-centrado e curativista, de ações e posturas verticalizadas e impositivas que ainda impera nos serviços de saúde pública ou, seja ainda, pela formação do profissional de saúde que tem olhar individualista e transmissivo, acabando por ser divergente daquilo que se espera no trabalho com famílias e comunidades, sem ainda considerar tantos outros fatores envolvidos nos serviços públicos em saúde. É nesse rumo de indagações e angústias que vem este estudo ao tentar entender como pode a educação em saúde ser oferecida pelos profissionais aos usuários de uma Unidade de saúde da estratégia Saúde da Família no município de Colombo, bem como a intervenção a que se propõe.

A Educação em Saúde está alçada a um espaço bastante privilegiado desde que foi entendida saúde não somente como ausência de doenças, pois essa

mudança trouxe também o entendimento que a autonomia das coletividades e de seus membros é fator decisivo na determinação do processo saúde-doença, visto ser um processo de determinação social. Desde então os profissionais de saúde têm se envolvido em trabalhos que intitulam de educação em saúde, com a intencionalidade de empoderar os usuários, dando-lhe ferramentas para lutar pela saúde.

Apesar dos avanços conceituais no entendimento da relevância da educação em saúde, não se observa com igual intensidade os efeitos de tal estratégia e nem mesmo a realização dessas ações pelos profissionais e nem no entendimento dos gestores assume tal importância. Isso resulta no fato que a atuação em serviços de saúde, traz aos profissionais a incômoda constatação de que essas ações, invariavelmente não surtem os efeitos desejados, compreendidos como certeza de acontecer e, portanto o processo pedagógico, em grande parte das vezes, não acontece. A percepção previamente relatada decorre do que foi presenciado após a implantação da estratégia Saúde da Família na unidade de saúde em questão, ou seja, a vivência da autora no cotidiano da população adscrita.

O presente estudo tem a intencionalidade de explicitar brevemente a forma com que a educação em saúde pode ser abordada com metodologias ativas. Essa abordagem educacional resgata conceitos de saúde com a população envolvida, ao passo que nada é realizado sem previamente ser oportunizado ao indivíduo e ao seu grupo espaço de reflexão e de posicionamentos sobre o saber já apreendido pelos mesmos; só então haverá espaço de discussão entre os participantes e com o facilitador do processo ensino aprendizagem para os acréscimos e ajustes necessários. Além da revisão de literatura, com embasamento científico sobre a Educação em Saúde, este estudo visa contribuir com a educação em saúde na unidade de saúde que serviu de fundamento para o mesmo, propondo estratégias educacionais mais profícuas, voltadas aos usuários adolescentes de sua área de responsabilidade, propondo ações educacionais que venham fazer frente às necessidades atuais da população e aos desafios dos serviços de atenção primária em saúde para que se tenha um processo de ensino aprendizagem mais eficiente, eficaz e efetivo. Essas ações, de modo indireto, estarão também apoiando a prática profissional, capacitando os que nela atuam a melhor desenvolvê-las.

Sabe-se que a estratégia Saúde da Família é uma diretriz federal para reorientação da prática de Atenção Primária em Saúde que tem como norteadores

os princípios do Sistema Único de Saúde, como equidade, integralidade, intersetorialidade e adscrição de clientela. A Saúde da Família traz o fator educação em saúde presente em todos seus pilares de orientação no sentido de dar autonomia e poder aos usuários, para que os mesmos tenham possibilidade de fazer escolhas melhores objetivando a manutenção de sua saúde, apoiado pelos profissionais da unidade de saúde e todos os demais atores sociais que possam facilitar escolhas mais saudáveis. Sendo a saúde o foco do trabalho em uma unidade de saúde, usuários e comunidades mais capazes de decidir seus aspectos de saúde e propor soluções saudáveis aos seus pares, farão jus a um paradigma realmente voltado para a saúde e centrado nos grupos populacionais e nas famílias que são alvo da Estratégia Saúde da Família.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Espera-se com este trabalho uma reflexão mais profunda das ações de educação em saúde realizadas em unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Colombo, realizando as atividades de forma multidisciplinar e intersetorial, implementando-as com vistas a melhorias na saúde da população-alvo. A prática pedagógica dar-se-á numa proposta de aprendizagem significativa e com metodologias ativas, tendo como finalidade que as intervenções sejam profícuas em alcançar os reais objetivos de toda ação em educação, neste com adolescentes moradores da área adscrita da unidade de saúde da família em questão, sabendo-se que a finalidade da ação pedagógica é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, bem como decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações.

1.2.1 Objetivos específicos do trabalho

O presente estudo tem como objetivos específicos os que seguem:

- Revisar a literatura sobre educação em saúde, educação em saúde na Estratégia Saúde da Família e abordagens educacionais com grupos;
- Sensibilizar os gestores da ESF, da unidade de saúde e das escolas envolvidas sobre o projeto;

- Elaborar calendário anual de atividades educacionais abordando temas multiprofissionais;
- Apresentar a proposta e o calendário para apreciação pelos profissionais da unidade de saúde e pelos gestores das escolas e executar alterações que porventura necessáries;
- Solicitar autorização dos pais e responsáveis para a realização das atividades junto aos adolescentes;
- Coletar dados e informações sobre saúde bucal e geral dos adolescentes, realizando evidencição de biofilme e aplicação de estimativa simplificada;
- Realizar atividades educativas na unidade de saúde e nas escolas, abordando temas de saúde geral e saúde bucal, com vistas a estimular criticidade para escolhas saudáveis objetivando saúde;
- Proporcionar momentos de envolvimento dos diversos profissionais e de estímulo à compreensão da importância das ações de educação em saúde para os profissionais;
- Abordar as metodologias ativas em saúde, atuando com outras categorias profissionais, desenvolvendo ações educativas diversas, no intuito de empoderar os indivíduos e grupos envolvidos, possibilitando a eles autonomia e estimulando-os a serem atores de sua história na prática de vida na qual se inserem.

1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

Compreender como são realizadas as abordagens de educação em saúde em unidades de saúde da família, bem como sentir as inquietações de se fazer um trabalho educativo que almeje uma ressignificação de práticas em saúde e de realidades aos envolvidos na prática pedagógica, são alguns dos propulsores para a realização do presente. Pensando-se o indivíduo na coletividade – família e comunidade – é fácil perceber que as ações de trocas de informações estão presentes em todos os ambientes frequentados pela população compreendida na área de abrangência da unidade de saúde. Sabe-se, de outro lado, que somente essa troca de informações não garante educação, conforme AUSUBEL (1963,1968) citado por Novak, que desenvolveu a teoria de aprendizagem cujo conceito central é a aprendizagem significativa, para haver educação que culmine com o alcance dos

objetivos de ensino e aprendizagem, as informações devem atingir um estágio de significado para os atores que se relacionam, sendo que envolve a interação da nova informação com uma estrutura de conhecimento específica preexistente.

As ações de educação em saúde acontecem há aproximadamente dez meses, quase que exclusivamente na unidade de saúde, porém sem planejamento prévio, programação e nem horizontalidade nas ações de educação em saúde; exceto com o grupo de Hipertensos e Diabéticos, no qual há certo planejamento, porém a multidisciplinaridade raramente é percebida. Sendo dessa forma, os diálogos multidisciplinares entre os profissionais são raros e superficiais, faltando integralidade e resolutividade às ações. As ações de educação em saúde ocorrem quase de maneira aleatória e em segunda escala de prioridades, exemplo disso é o fato que somente o grupo dos usuários cadastrados nos grupos de hipertensos e diabéticos possui um trabalho um pouco melhor estruturado e com certa periodicidade e os demais acontecem apenas como complementaridade de outras ações. As atividades com escolares são realizadas de maneira mais planejada somente pelas equipes de saúde bucal, porém na maioria das vezes está desarticulada das demais áreas profissionais da unidade de saúde.

A proposição de planejamento, construção e implementação de programação anual contendo temas multidisciplinares que abranjam de maneira mais integral esse segmento populacional e que, conseqüentemente permitam melhor gerência e continuidade nas ações educativas realizadas com os adolescentes desse território. Machado e cols (2007, p.336) diz que “A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades (..)” e ainda fortalece esse atributo de trabalhar a integralidade na educação em saúde quando refere que:

Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. Com base nesta compreensão, o estudo busca refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde. (MACHADO E COLS, 2007, p.336).

Este projeto propõe a organização das ações de educação em saúde com adolescentes, de forma estratégica, iniciando-se as ações com a firme convicção da possibilidade e, às vezes, da necessidade de mudança de planos no decorrer da

atividade para se chegar aos objetivos traçados. Profissionais de todas as categorias também participarão das atividades educativas para que entendam a utilização das metodologias ativas na educação em saúde, tanto quanto entender a aprendizagem significativa e seus desdobramentos no processo ensino aprendizagem.

A abordagem apresentada por meio das metodologias ativas em saúde, atuando com outras categorias profissionais e desenvolvendo ações educativas diversas daquelas aprendidas na academia e que, salvo raras exceções, são pautadas na transmissão, na falta de respeito ao saber do outro, na verticalidade e na imposição, propõe uma estratégia pedagógica com maior respeito pelo saber do outro, ou seja, em ações educativas predominantemente no formato dialogado e de construção conjunta do conhecimento, no intuito de empoderar os indivíduos e grupos envolvidos, possibilitando a eles autonomia, estimulando-os a serem atores de sua história na prática de vida na qual se inserem.

A unidade de saúde possui, assim como a maioria das unidades ESF, uma baixíssima adesão do grupo dos adolescentes em atividades extra-consulta, além de apresentar uma grande prevalência de gestação na adolescência, o que adverte os profissionais de saúde para o fato de os adolescentes e jovens estarem expondo-se também às doenças sexualmente transmissíveis, apesar de haver disponibilidade de métodos de barreira em livre demanda na unidade de saúde. Outro fato é que os adolescentes pouco acessam os serviços de saúde bucal da unidade e quando o fazem, repetidas vezes ocorre por situações de urgências e emergências, não sendo para acompanhamento regular de saúde. Também é percebido que a unidade de saúde localiza-se em área de grande incidência de alcoolistas, fumantes e usuários de outras substâncias psicoativas, fato que precisa confirmação através das fichas cadastrais dos agentes comunitários de saúde que estão sendo concluídas, em fase de digitação dos dados para posterior tabulação; bem como as precárias condições socioeconômicas presentes.

O conhecimento e aprofundamento em abordagens diferenciadas de educação em saúde ensejarão novas perspectivas de trabalho e de soluções, transformando os indivíduos – profissionais e usuários – no seu grupo de inserção familiar ou outro, dando significado e ressignificando suas práticas em saúde; proporcionando-lhes autonomia e poder de decisão com argumentos construídos por ele e sua coletividade, no intuito de promover saúde no território de abrangência da unidade de saúde na qual o trabalho será realizado.

Quando se fala na aprendizagem do profissional, conforme desenvolvida por Kolb (1994), Pimentel (2007, p.159) ressalta que, através da sua experiência, a perspectiva holística e integrativa da aprendizagem vem da vivência, sendo esta repleta de significado para o mesmo e chamada de aprendizagem experiencial. Esta se aproxima das tendências contemporâneas que destacam o papel do pensamento reflexivo para melhoria da qualificação profissional.

É nessa riqueza de perspectiva de crescimento e autonomia individual, da coletividade e do profissional que se insere a educação em saúde como proposta neste estudo, pois o objetivo das ações de educação em saúde é mais abrangente, na direção de promover a saúde do indivíduo inserido na família e na comunidade, um processo que é mediado pelos equipamentos sociais do território, entre os quais a unidade de saúde e a escola.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Trabalhar com educação em saúde na Estratégia Saúde da Família presume retomar alguns conceitos relativos à própria estratégia e à educação para uma sintonia nos desencadeamentos do presente entre todos os atores envolvidos, embora para alguns que atuam nessa estratégia possa-se ter o entendimento de que é bastante óbvio que a educação esteja permeando todo o trabalho de saúde com as famílias.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como um programa do governo federal, inicialmente chamado de Programa Saúde da Família. Isso ocorreu após o Brasil ter sido iniciado com êxito o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1994), tendo sido percebido grande avanço nas condições de saúde de regiões que dispunham do programa, com indicadores melhores, entre os quais a taxa de mortalidade infantil. Com os inúmeros resultados favoráveis também ao Programa Saúde da Família, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) este passa a ser uma estratégia que nasce com o nítido e audacioso objetivo de reorganização da atenção básica e de trabalhar em um novo paradigma de atenção à saúde, objetivando melhorar as condições de saúde da população brasileira e tendo havido ações nas três esferas de governo para implantação e ampliação de tal programa inicialmente e mais tarde como ESF.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,1996) a estratégia de saúde da família tem como centro a atenção à saúde, com ênfase na integralidade das ações e com foco nos indivíduos como sujeitos integrados às famílias e à comunidade. Ainda em publicação mais recente, o Ministério da Saúde no Programa Nacional de Atenção Básica (MS, PNAB, 2012), indica que a ESF visa à reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como importante estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de uma importante relação custo-efetividade, fatos estes que vêm ao encontro do trabalho com educação em saúde numa perspectiva ampliada de promover saúde.

Outros pressupostos da ESF preconizam que cada equipe de Saúde da Família seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas e que deve respeitar critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. A unidade de saúde em que o presente será desenvolvido está estruturada com 03 equipes de saúde da família e 03 equipes de saúde bucal, sendo denominadas equipe 135, equipe 136 e equipe 137 na ESF do município de Colombo, Paraná.

Como uma das características do processo de trabalho das equipes da ESF, é considerada pelo Ministério da Saúde (MS, PNAB, 2012, p.42): “(...) VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;(...)”.

Não obstante a importância do tema educação em saúde na ESF, esse tópico de trabalho nem sempre é lembrado como crucial nos trabalhos dos profissionais que atuam na ESF, tanto que Ronzani e Silva (2008) encontraram como resultado de seu trabalho avaliando a visão dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre ainda o Programa Saúde da Família, entre outros resultados, o que segue e remete a considerações no próximo parágrafo do presente:

Os profissionais relataram que: (...) a prevenção é o principal objetivo do PSF. Os gestores (...) citaram a educação, a assistência e a promoção da saúde como pontos importantes do PSF. Os usuários revelaram que: (...) a maior parte dos entrevistados não participa de atividade extra-consulta(...).(RONZANI e SILVA, 2008, p.).

A citação acima demonstra com clareza que os profissionais não enxergam a educação em saúde em seu cotidiano, ou talvez confundam ou integrem-na com a prevenção de doenças. Outra situação aparente é que os gestores conseguem enxergar a educação em saúde como ponto importante no trabalho com Saúde da Família, revelando, ao menos em teoria, que, estes últimos possuem uma perspectiva ampliada do que seja a proposta das ações desses serviços. Outra condição é a que a maior parte dos entrevistados não participa de atividades extra-consultas, nas quais, via de regra na grande maioria dos pontos de atenção à saúde da ESF, é o momento em que são desenvolvidas as atividades de educação em saúde e, portanto, a população que é o alvo dos trabalhos está alheia ao trabalho

que é desenvolvido. Devido às dificuldades de compreensão dos termos educação em saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças, é importante neste ponto considerar a diferença de conceituação. Isso porque repetidas vezes percebe-se a confusão entre esses vocábulos. Candeias (1997, p.209-213) define-os muito bem e explica a confusão principalmente entre os termos educação em saúde e promoção em saúde e diz que isso “(...) têm provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública”.

Educação em saúde é delineada como ação decorrente de combinações das experiências de aprendizagem, que sejam sistemáticas e planejadas, com vistas a facilitar ações voluntárias que conduzam à saúde. Observam-se inúmeras ações voltadas para a educação na Estratégia Saúde da Família, mas geralmente são pontuais e não planejadas. Já a promoção em saúde é definida no sentido de ser uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Sabendo-se disso pode-se melhor caracterizar as propostas que serão desenvolvidas no ambiente dos serviços de saúde na ESF e que, dependendo das circunstâncias, situação e dos propósitos, poderão ser de natureza educacional ou de natureza promocional. Outra consideração muito pertinente é que, do ponto de vista da educação em saúde, o ambiente de trabalho e aqueles que nele atuam têm muito a ver com os objetivos propostos por essa forma de intervenção; visto que os profissionais se relacionam diretamente com pessoas que já frequentam ou que se pretende que venham a frequentar determinados programas.

Ao falar de educação em saúde, presume-se o processo ensino aprendizagem acontecendo entre os envolvidos e o entendimento de como pode ocorrer a aprendizagem é algo que necessita uma breve conceituação. A educação de adolescentes, jovens e adultos que são os alvos principais da intervenção do presente estudo ocorre de maneira muito peculiar, posto que trazem consigo uma bagagem substancial de vivências que precisa ser considerada no processo de educação. Educar em saúde nesse contexto encontra seus fundamentos no paradigma progressista de educação, no qual educar é criar possibilidades para a produção ou construção-reconstrução do conhecimento, baseada nas relações entre os seres e as coletividades, visando a transformação social. Nesta visão de educação encontra-se nas palavras de Paulo Freire, precursor desse paradigma no

Brasil, uma frase que sintetiza toda a essência desse trabalho em educação na forma que o presente estudo pretende fundamentar-se: “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”(FREIRE, 1996, citado por Albuquerque e Souki,).

É relevante no presente estudo ter uma breve noção de como as informações integram-se e como ocorre o processo educacional no cérebro humano. Para isso será considerado o entendimento do psicólogo David Ausubel. Em seus estudos ele relata que as informações se organizam e formam uma hierarquia conceitual. Uma hierarquia de conceitos representativos das experiências sensoriais de um indivíduo significa, para ele, uma estrutura cognitiva que dará origem ao início de processos de aprendizagem.

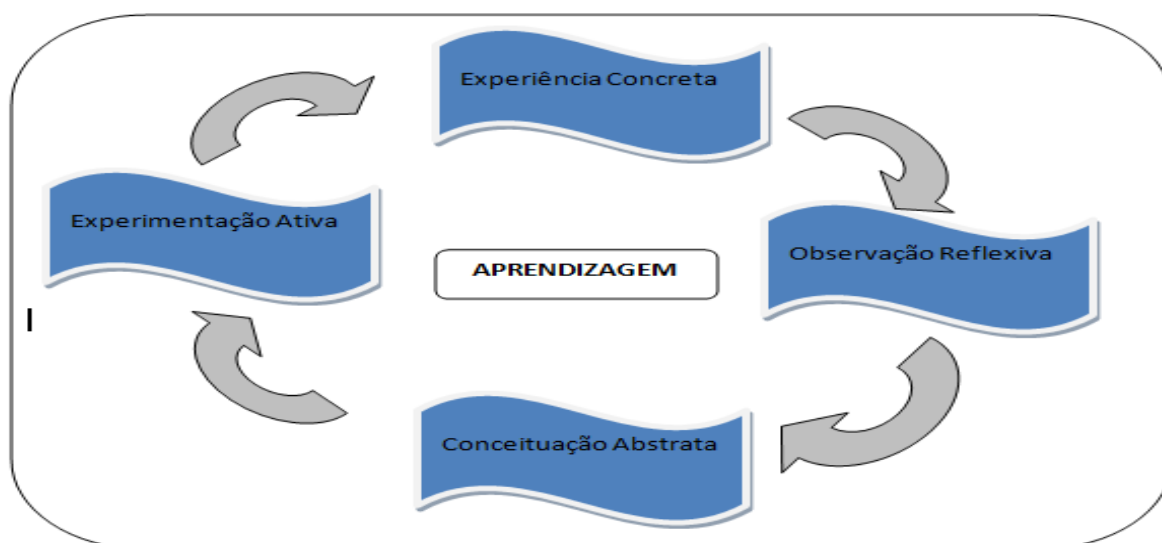
Se eu tivesse que reduzir toda a psicologia educacional a um único princípio, diria isto: o fato isolado mais importante que informação na aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece. Descubra o que ele sabe e baseie-se nisso os seus ensinamentos. (AUSUBEL,1980, apud Moreira, 2000, p. 53)

Esse mesmo autor considera que a assimilação de conhecimentos ocorre sempre que uma nova informação interage com outra existente na estrutura cognitiva, mas não com ela como um todo; o processo contínuo da aprendizagem significativa acontece apenas com a integração de conceitos relevantes.

A educação só será realmente válida quando atingir seu objetivo de transformação da realidade e no caso do presente, quando houver evidências de melhorias na saúde e promoção da saúde da população da referida unidade. Além disso, a compreensão desse fato pelos profissionais também precisa ser valorizada e levada em conta para o planejamento deste.

Os profissionais também serão participantes da ação educativa, ao passo que, como explicitado anteriormente neste, educadores e educandos juntamente experimentam a ação educativa e o processo pedagógico: ambos os grupos aprendem e ensinam. Quando se fala na ação educacional para os profissionais, pode-se entender essa aprendizagem significativa como uma educação experiencial, como formulado por David Kolb. Esse estudioso destaca que o conceito de desenvolvimento da profissionalidade reflete a qualificação quanto a competências, conhecimentos, sentimentos e postura ética, relativos à profissão. Nessa perspectiva, a teoria da aprendizagem experiencial – formulada por David Kolb (KOLB, 1984) – atribui grande valor aos conhecimentos advindos de sua experiência

e, portanto significativos. A utilidade desses conhecimentos para gerar desenvolvimento existe na medida em que eles podem ser confrontados, comparados, ampliados, revisados, enfim, refletidos junto a conhecimentos de caráter teórico. Segundo Oliveira-Formosinho, (2002, citado por Pimentel 2007, p.159) há que se integrar conhecimento estruturado e conhecimento experiencial para construir um percurso de desenvolvimento profissional. Ainda segundo KOLB (2005), a prática leva o profissional a quatro estágios de vivência na aprendizagem experiencial, como pode ser observado a seguir na **FIGURA 1**.



Aprendizagem de Kolb na aprendizagem experiencial, 1994-adaptado.
<http://www.businessballs.com/kolblearningstyles.htm>

FIGURA 1 – APRENDIZAGEM EXPERENCIAL, segundo Kolb (1994).

FONTE: KOLB (1994.), disponível em www2.glos.ac.uk/gdn/discuss/kolb1.htm, adaptado pela autora.

Ainda nessa perspectiva, considera-se da vivência na unidade de saúde da família que as iniciativas de educação em saúde existentes nela são pontuais, pouco planejadas e, como citado anteriormente, não há entendimento nem valorização por parte de grande parte dos profissionais, sendo geralmente de baixa adesão pela população. Este último fato pode estar refletindo as inconsistências primeiras ou, de outro lado, como já foi comprovado por Ronzani e Silva (2008,p.23) estar demonstrando que os usuários têm como objetivo nos serviços de saúde apenas consumir consultas.

Novak (1980, citado por Moraes, 2005, p.56) salienta que a aprendizagem significativa apresenta quatro grandes vantagens sobre a aprendizagem por memorização ou mecânica: 1) os conhecimentos adquiridos significativamente ficam retidos por um período maior de tempo; 2) as informações assimiladas resultam num

aumento da diferenciação das ideias que serviram de âncoras, aumentando, assim, a capacidade de uma maior facilitação de aprendizagem posterior de correlatos; 3) as informações que são esquecidas após ter ocorrido a assimilação, ainda deixam um efeito residual no conceito assimilado e, na verdade, em todo o quadro de conceitos relacionados e 4) as informações apreendidas significativamente podem ser aplicadas numa enorme variedade de novos problemas e contextos.

Tanto a aprendizagem significativa quanto a experiencial, esta última entendida como uma variante da primeira, precisam ser colocadas na prática educativa de forma coesa ao seu fundamento teórico. Com esse propósito o presente trabalho executará suas ações educativas através das metodologias ativas.

Mitre e cols (2008) fazem as seguintes considerações que reafirmam achados similares em relação à utilização de metodologias ativas na educação em saúde e que são muito relevantes ao presente estudo e ao panorama das unidades de saúde inseridas na ESF:

O grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação. (MITRE, 2008, p. 2134).

A abordagem educacional da aprendizagem significativa empregada através do uso das metodologias ativas, como toda ação pedagógica, deve contemplar uma forma de avaliação dessa ação educativa. Novak (1998, p. 15) considera a avaliação do processo de ensino e de aprendizagem como um elemento-chave. Ele defende o uso de mapas conceituais no processo de avaliação do aluno, porém considera que esse instrumento não deve ser o único, uma vez que a aprendizagem humana é uma realidade que apresenta muitas dimensões. Para ele, o ser humano apresenta uma mescla de pensamentos, sentimentos e ações; juntos, esses elementos formariam os significados da experiência. Neste trabalho, os mapas conceituais serão uma das formas de avaliação do processo pedagógico com a população-alvo, como será visto no item relativo à implementação da proposta apresentada no presente trabalho.

Nessa mesma perspectiva, Novak (1998, p.9) concebe três formas de aprendizagem: aquisição de conhecimentos (aprendizagem cognitiva), alterações das emoções ou sentimentos (aprendizagem afetiva) e aumento das ações físicas das pessoas ou do desempenho (aprendizagem psicomotora). Como foi considerado anteriormente, o processo educativo envolve um conjunto de condições e variáveis, sendo a avaliação da aprendizagem uma delas. A avaliação constitui um dos assuntos mais polêmicos da educação. Existem várias concepções acerca de avaliação e dúvidas sobre qual será o objeto dessa avaliação: quem aprende, o grupo ou todo o processo.

Acredita-se que uma das formas que mais têm coesão com a aprendizagem abordada neste estudo seja a utilização de mapas conceituais, como um dos recursos de avaliação que podem contribuir de forma eficaz para um processo efetivo da aprendizagem significativa. Devido ao fato de serem muito peculiares a cada ser e à sua coletividade, esses instrumentos possibilitam ao facilitador da aprendizagem – também conhecido como educador - compreender, quase que imediatamente, como o educando está organizando os conteúdos apreendidos e, ao mesmo tempo, sugerir novas organizações. Dessa maneira, acredita-se que esses instrumentos podem demonstrar as mudanças na compreensão conceitual de um aluno ou grupo de alunos e um caminhar em direção a uma ressignificação de práticas.

Vasconcelos (2001, p.121-123) também se coaduna com o entendimento da importância das ações dialogadas, como se propõe neste com a utilização de metodologias ativas, relatando que os serviços de saúde preocupados com o fortalecimento de sua população usuária têm investido nas abordagens inovadoras e participativas de educação em saúde, além de empenhar-se no estímulo à formação de entidades populares expressivas como comitês locais de saúde, pleiteando a educação popular como uma estratégia para educação em saúde. Nos serviços assim delineados, há uma grande valorização das trocas interpessoais que acontecem tanto nos contatos formais como as consultas, reuniões educativas e visitas domiciliares, mas também nos contatos informais. Vê-se que o diálogo é um conceito fundamental nesses serviços e que há um esforço para compreender e explicitar o saber do interlocutor popular.

Em qualquer sistema de saúde, não se pode conceber ações quaisquer sem o planejamento estratégico da política de ação e sem, antes ainda, considerar as

premissas do planejamento educativo nas vertentes de educação e promoção em saúde. Sem isso, a prática será ilógica no que diz respeito às necessidades da população-alvo. Nesta fase de trabalho tem-se um diagnóstico da situação, os objetivos que se pretende com a intervenção, estão sendo analisadas as possíveis ações para desenvolver, delineamento da trajetória da ação para atingir os objetivos e, posteriormente a implementação do plano e avaliação dos resultados que deverá ocorrer simultaneamente à execução e também no fechamento das ações. Este trabalho enseja aprofundar os conhecimentos sobre aprendizagem significativa, aprendizagem experiencial e uso de metodologias ativas para trabalhar o processo educacional em saúde.

Tratando de planejamento estratégico, a teoria formulada por Carlos Matus propõe que este planejamento considere o futuro de um modo consistente, partindo de uma visão do presente, que trabalha com um cálculo sistematizado, apoiado por teorias e métodos e que tem uma visão mais global, analisando a situação de um modo articulado. No planejamento estratégico é importante lembrar que o mesmo tem objetivos intimamente relacionados ao propósito de ações em saúde como visto em o presente, como: permitir um melhor aproveitamento de tempo e recursos; esclarecer objetivos e metas a serem alcançados; levar a uma melhor realização do trabalho por parte dos profissionais envolvidos; permitir o acompanhamento das ações por parte da gestão e também ajudar a mobilizar vontades e conseguir recursos para o fim almejado. Dagnino (2009) adverte quanto à relevância do planejamento estratégico e corrobora as propostas deste trabalho com ações pedagógicas ao dizer que:

Nesta medida, apesar da incerteza, da incapacidade de controlar os recursos, do abandono de qualquer posição determinística, há sempre espaço para a ação humana intencional, para se “fazer história”, para se “construir sujeitos” individuais e coletivos e para se lutar contra a improvisação, construindo um caminho possível que se aproxime do rumo desejado. (DAGNINO, 2009, p.88).

Após a compreensão de educação em saúde nos moldes a que este estudo se propõe e do planejamento estratégico em linhas gerais, nesta fase de conceituações sabe-se que o diagnóstico do problema está sendo delineado, da mesma forma a definição de atores envolvidos diretamente na Unidade de Saúde. É assim, importante dizer do apoio político por parte da coordenação local e dos

profissionais da gestão de saúde da família envolvidos onde está sendo proposto este estudo, que tem sido favorável e bastante relevante ser citado do ponto de vista de planejar estrategicamente a ação.

No desenvolvimento de um planejamento de ação pedagógica ou planejamento estratégico de uma ação abrangente, só se pode pensar em finalizar, ou reiniciar, quando se pensa na avaliação e no monitoramento das ações propostas. A avaliação de educação em saúde pode ser executada através da verificação dos efeitos das ações e práticas implementadas com análise de indicadores relacionados aos temas abordados nas populações, nível de conhecimento e análise da percepção dos envolvidos.

Para o presente trabalho serão avaliados indicadores para os quais há necessidade de maior enfrentamento pelo serviço de saúde, segundo análises empíricas e de dados estimados para a população residente – base Datasus – e realizados previamente na referida Unidade de Saúde em cada um dos aspectos que serão abordados, sendo os que seguem: - presença de placa bacteriana e sangramento gengival espontâneo em escolares acompanhados pelo programa Saúde na Escola com aplicação de estimativa rápida; - número de gestantes adolescentes na área de abrangência da Unidade de Saúde; - idade de sexarca dos adolescentes; - uso de contraceptivos e métodos de barreira, entre outros. Essa avaliação propõe-se a refletir o alcance das atividades de educação em saúde nos grupos de adolescentes de programas instituídos na Unidade de Saúde e nas escolas alvo, sendo que para esse monitoramento serão avaliados os participantes, com periodicidade semestral e posterior tabulação dos dados para análise e avaliação.

Nesta condução do trabalho é importante conhecer um pouco sobre a população alvo que é o adolescente da área de abrangência da Unidade de Saúde ou que frequenta as escolas da área de abrangência. São moradores de um bairro periférico de Colombo, que por sua vez encontra-se na Região Metropolitana de Curitiba. São abrangidos na área da unidade os bairros Vila Liberdade, Vila Nova Esperança, Vila Jardim Ana Maria e Vila Maria do Rosário, sendo que é observada uma alta incidência de gravidez na adolescência e ausência desse público nas ações desenvolvidas na Unidade de Saúde, além da falta de procura dos mesmos pelos serviços ofertados e no que diz respeito a este estudo, notadamente, quanto aos serviços de odontologia e saúde bucal.

Gonçalves (2000, p. 95-96) refere que não há consenso entre os estudiosos quanto ao período cronológico da adolescência variando entre as faixas etárias de 11-12 anos para início e 19-21 anos para término. A adolescência é uma fase da vida marcada por intensas mudanças, aquisição de responsabilidade, é o momento da vida no qual ocorrem as inúmeras transformações corporais, fisiológicas, emocionais e relacionais, tanto no grupo de iguais como no grupo familiar e em toda a coletividade.

Embora a literatura aponte a discrepância no que se refere à cronologia como citado previamente, alguns pontos parecem ser comuns a estudiosos e autores que trabalham com adolescentes. Dentre eles, pode-se citar a curiosidade, a inquietude, o dilema de não ser mais criança e também não ser ainda adulto, as tarefas do desenvolvimento, a questão da afirmação e, principalmente, as descobertas da vida. Essa fase caracteriza-se por uma fase do desenvolvimento humano na qual ocorre intensa busca por uma identidade própria, com questionamento dos padrões infantis e implicação em uma reelaboração de padrão e possibilidade de inserção no mundo adulto, buscando uma identidade própria, implicando no desenvolvimento afetivo-sexual e de um papel profissional.

No entendimento que a adolescência não é somente faixa etária, ou seja, ser adolescente não é somente estar passando por uma fase do processo de desenvolvimento cronológico, mas é um processo social e lembrando também que esse segmento populacional foi um dos mais tardiamente reconhecidos como parte da população que portava suas especificidades, as quais não estariam contempladas nem na fase da infância e nem na fase adulta. Reiterando que essa fase da vida é diferenciada em inúmeros aspectos temos em relatório sobre a adolescência do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011, p.10) que traz a adolescência como sendo uma etapa de oportunidades, um momento para continuar a construção do desenvolvimento do indivíduo e ajudar ao adolescente para que navegue em meio a tantos riscos e vulnerabilidades e, ainda, colocá-la no caminho da realização de seu potencial.

Oliveira e cols (1997, p.15) comenta sobre os trabalhos realizados com adolescentes em unidades de saúde e que, prendem-se somente a situações do desenvolvimento e da puberdade, ficando todo o processo alheio ao fato que a adolescência é também um processo social. Essa estudiosa percebeu também, no estudo citado, que a principal causa de adoecimentos e óbitos eram as causas

externas que não eram contempladas nas ações, trazendo a reflexão de trabalhar com situações que sejam significativas e estejam presentes no cotidiano dos adolescentes, saindo da trivialidade e do tradicionalismo, abordando temas de relevância de formas inovadoras e interessantes para essa população. Quando a ação é realizada como comentada pelo autor acima, torna improdutivo quase todo trabalho realizado e esse autor relata ainda que:

“(...) a assistência ao adolescente nos serviços de saúde, quando existe, centra-se fundamentalmente nos fenômenos de crescimentos e desenvolvimento, utilizando os instrumentos tradicionais das práticas institucionais de saúde, daí seu poder de interferência limitado sobre os perfis de morbi-mortalidade.” (CAMPOS, 1997, P.15-16)

A fase notadamente agitada e confusa explicitada em análise anterior deste estudo e que se dá por: fatores próprios do adolescente, fatores familiares e comunitários ou ainda, fatores socioeconômicos e culturais que corroboram para que o adolescente torne-se mais disperso e por outro lado, em busca de novas experiências. Algumas vezes chegando a ser estereotipado como agitado e, em outras, como relapso por relegar inclusive a necessidade de acompanhamento da saúde pelos profissionais da unidade de saúde. Esse segmento populacional somente tem ido procurar serviços de saúde em momento de condição patológica instalada e, quadro de doença geralmente aguda ou agudizada. e/ou presença de lesão clínica visível.

As condições de saúde bucal do adolescente brasileiro também não são nada estimulantes, necessitando premente atuação da gestão e dos profissionais de saúde para incentivar uma mudança nessa realidade. Isso pode ser confirmado pelo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2003 (SB Brasil 2003, MS, 2004), em todos os extratos de cidades brasileiras por número de habitantes e encontrou-se um quadro alarmante de 6,1 dentes com alguma experiência de cárie na idade de 15-19 anos. O mesmo levantamento de saúde bucal realizado foi realizado em 2010 (SB Brasil 2010, MS, 2011), porém nesta feita somente com capitais e o índice ficou em 4,2. Nesse patamar ainda está acima da meta da Organização de Saúde para saúde bucal, que estipula que tal índice deve estar abaixo de 3,0 para estar estabelecida uma condição de saúde bucal que seja satisfatória.

Como no presente estudo todo o processo de educação em saúde desenvolvido com a população adolescente abrangida será pedagógico, os profissionais que estarão atuando com os grupos terão reflexivamente a aproximação a uma metodologia inovadora e, simultaneamente, este trabalho irá avaliar a eficácia e o alcance das atividades educacionais desenvolvidas. Importante enfatizar que essa ideia alinha-se com o que diz L'Abbate (1994, p.482), quando propõe que toda atuação voltada à melhoria dos serviços de saúde deve capacitar os profissionais de saúde para a busca constante do aperfeiçoamento das relações sociais que se desenvolvem. De modo similar, Machado e cols (2007, p.337) diz que os profissionais de saúde devem ter uma formação continuada, pois não há como fazer uma profunda reorganização dos serviços de saúde sem uma política de educação para esse setor.

Cabe salientar a peculiaridade de que a educação não existe sem relação social e, de mesmo modo, qualquer atendimento à saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas e nisso está a oportunidade de atuação pedagógica nos serviços de saúde. L'Abbate (1994, p.482) considera que a demanda profissional pela área da educação em saúde pode se dar em duas direções para as quais este trabalho está direcionado, quer seja para a instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas ou quer seja para o desenvolvimento do papel profissional com melhorias na saúde da população envolvida, sendo que o presente trabalho estará trabalhando com os profissionais envolvidos nessas duas frentes, não obstante ser de um modo indireto, mas sendo essa também uma preocupação da autora será dessa forma contemplado.

3 METODOLOGIA

O projeto tem por escopo aprofundar conhecimentos sobre educação em saúde, especialmente na ESF, e atuar com a população de adolescentes da área abrangida. Trata-se de revisão de literatura e implantação de ações de educação em saúde e diagnóstico de realidade, sempre voltados para os usuários adolescentes da comunidade e das escolas da área abrangida, havendo atividades na unidade de saúde e nas escolas. Após a revisão de literatura, será realizada sensibilização dos gestores envolvidos e elaboração de agenda comum das atividades pedagógicas com a população alvo. Uma fase importante para o início das atividades será a solicitação de autorização aos pais para proceder às ações constantes deste estudo.

O trabalho seguirá método de caráter quali-quantitativo, por se tratar de diagnóstico de realidade sobre condições de saúde bucal e da atuação com indivíduos para aprendizagem e conscientização, além de mudança de práticas profissionais com vistas a auxiliar em mudança de paradigma e na reorientação da atenção em saúde, atuando com integralidade e fortalecendo a população para lutar por sua saúde. Essa atuação se dará através da utilização de metodologias ativas, com elaboração de trabalhos de equipe pelos adolescentes para aproximação aos temas e realização de mapas conceituais para avaliação do aprendizado. Será realizada a escovação supervisionada com evidenciação de biofilme como parte das atividades pedagógicas.

Por outro lado, como diagnóstico de realidade será realizado estimativa rápida em saúde bucal, aplicação do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) para conhecer as condições de higiene bucal dos adolescentes e um breve questionário objetivo para reconhecimento numérico de condições relacionadas à gestação na adolescência e uso de contracepção ou métodos de barreira. Os participantes das ações serão avaliados segundo critérios de saúde bucal e geral para verificação da apreensão dos conteúdos propostos e discutidos; para posterior análise e apresentação de sugestões.

Ao passo que se trabalha a educação em saúde com os adolescentes e juntamente com os demais profissionais da unidade da ESF, estes últimos serão participantes do processo pedagógico, sendo também alcançados e esse é um

adicional importante, por haver necessidade de mudança de práticas em relação às atividades desempenhadas na educação em saúde.

4 A ORGANIZAÇÃO

O município de Colombo, de cuja rede de saúde faz parte a Unidade de Saúde Liberdade – Estratégia Saúde da Família, possui em sua rede municipal de atenção básica 22 unidades básicas de saúde, sendo que 11 delas estão inseridas na ESF, comportando 34 equipes de Saúde da Família (eSF) e 21 equipes de Saúde Bucal (eSB). Possui em sua rede de atenção à saúde dois prontos-atendimentos 24 horas, dois hospitais e um centro de especialidades médicas e odontológicas (CEMO) que presta atendimentos de média complexidade a todo o município, respondendo às solicitações dos profissionais das unidades de saúde, através de referência e da central de regulação. O CEMO presta atendimentos da área médica em várias especialidades como ortopedia, oftalmologia, acupuntura e também exames de eletrocardiograma; na área odontológica são prestados serviços de especialidades em: radiologia odontológica, endodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal, periodontia cirúrgica e atendimento odontológico a portadores de deficiências que necessitem atendimento especializado.

Contemplando os diferentes níveis de atenção e em conformidade com o Plano Municipal de Saúde de Colombo 2010-2013 (PMS 2010-2013), a rede municipal de saúde tem a infra-estrutura do setor municipal público de saúde do município assim constituída:

□ Um hospital de pequeno porte filantrópico credenciado ao SUS: Irmandade Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Rosário, atualmente sem funcionamento por interdito do Conselho Regional de Medicina do Paraná ; □ Um hospital-maternidade municipal em co-gestão com a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba: Hospital de Maternidade Alto Maracanã; □ Dois Pronto-Atendimentos 24 horas (Alto Maracanã e Osasco); □ 22 unidades básicas de saúde, sendo 11 destas unidades, inseridas na Estratégia Saúde da Família com 34 eSF e 21 eSB qualificadas; □ 01 Unidade de Saúde da Mulher, em imóvel locado; □ Um ambulatório de saúde mental, na Unidade de Saúde Sede; □ 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), em imóvel locado, inaugurado em 2006; □ 01 Centro de Atenção Psicossocial para transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS - ad), □ Um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) / SAE (Serviço de Atendimento Especializado) para portadores de DST/AIDS; □ Um Setor de Vigilância em Saúde (Epidemiológica,

Sanitária e Ambiental); □ Um Centro de Distribuição de Medicamentos e Materiais, interligado às farmácias municipais das unidades de saúde; □ Uma Central de Ambulâncias; □ A estrutura da SMS – sede Alto Maracanã e sede Sede.

O organograma vigente da Secretaria Municipal de Saúde compreende três diretorias, subdivididas em programas e coordenações como é mostrado na **FIGURA 2**:

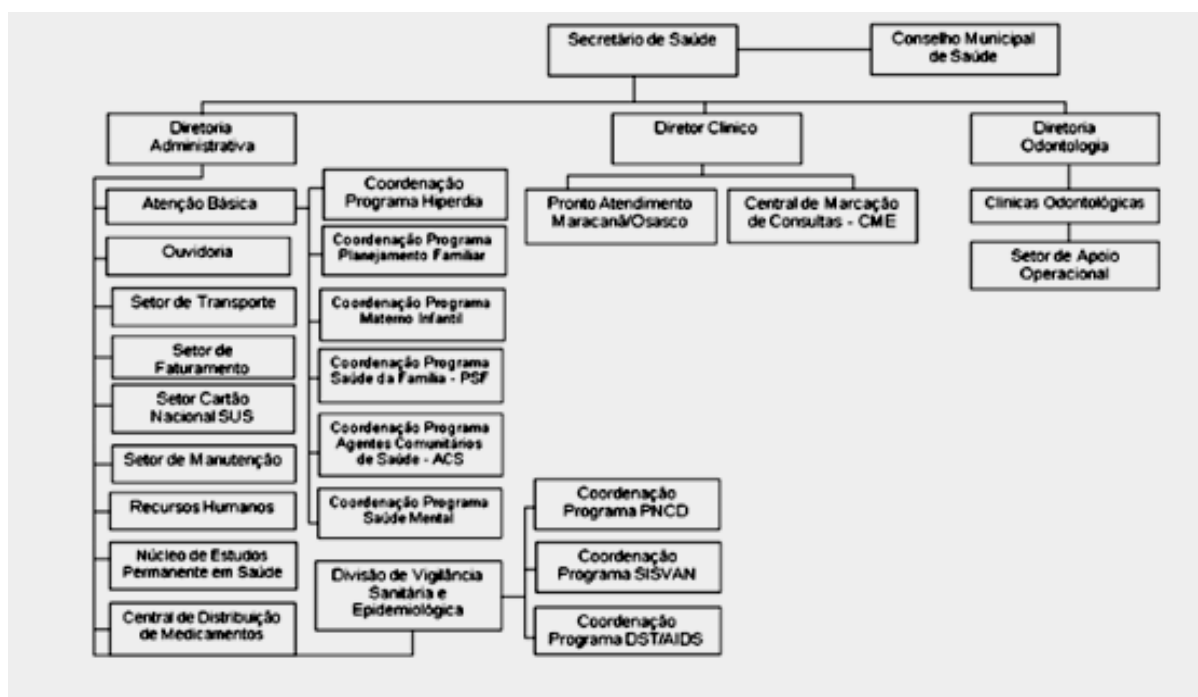


FIGURA 2 – ORGANOGRAMA VIGENTE NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO/PR.

FONTE: Prefeitura Municipal de Saúde: Plano Municipal de Saúde 2009-2013.

Esses dados do PMS 2010-2013 demonstram que em nenhum momento aparecem contemplados itens de educação em saúde e nem mesmo educação permanente. Tal fato pode estar demonstrando uma necessidade de atualização de documentos balizadores da atenção como o organograma, para que os documentos de gerência do município estejam afinados com as diretrizes do Ministério da Saúde, que trazem a educação em saúde e a educação permanente permeando todos os eixos da atenção básica em saúde.

4.1 DESCRIÇÃO GERAL

A Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família Liberdade é uma das Unidades Básicas de Saúde da rede de atenção primária do município de Colombo, inserida na Estratégia Saúde da Família e sendo bastante recente sua inserção na Estratégia Saúde da Família, o que ocorreu há aproximadamente dezesseis meses. A unidade está em processo de reorganização e reorientação da atenção em seu cotidiano e com a população de abrangência. Situa-se atualmente em prédio próprio, recém-construído segundo normas técnicas do Ministério da Saúde e situada à Rua Narciso Negrão,s/n; no bairro Jardim Ana Maria, que dista 16,7 km do centro do município de Colombo.

A estrutura física da Unidade de Saúde Liberdade é de aproximadamente 450m² e conta com: área de recepção, banheiros para usuários, banheiros para funcionários, banheiro com acessibilidade, recepção e sala de espera, sala de reuniões, dois consultórios de enfermagem, um consultório de triagem, 04 consultórios odontológicos, 03 consultórios médicos, 03 consultórios médicos para atendimento de ginecologia e obstetrícia, 01 sala de preparo e esterilização de materiais, 01 sala de inalações, 01 sala de curativos, 01 sala de imunizações e as instalações administrativas contando com: sala de coordenação, sala dos agentes comunitários, um almoxarifado, uma copa, 01 depósito de materiais limpos e 01 lavanderia (BRASIL, MS/SAS, 2006, p.72).

Segundo dados do cadastro familiar da unidade vivem nesse território aproximadamente 8.200 habitantes, sendo que uma grande maioria deles é dependente do SUS. A precisão em quantificar esses usuários é um dos fatores complicantes em levantamentos e atualizações de dados, pois a referida unidade de saúde não conta com sistema informatizado e os moradores das áreas abrangidas apresentam comportamento de grande rotatividade de moradias.

A população abrangida pela Unidade de Estratégia de Saúde da Família Liberdade é dividida em três áreas (135, 136 e 137), que estão subdivididas cada uma delas em 5 (cinco) micro áreas, com a finalidade de facilitar o atendimento e trazer ao serviço um melhor monitoramento das condições de saúde da população que vive sob os seus cuidados e serviços, em conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, PNAB, 2012) que descreve ainda

que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS.

Atualmente a Unidade de Saúde Liberdade possui em seu quadro um total de trinta funcionários, quais sejam: 08 profissionais com ensino superior (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros), 06 profissionais técnicos (técnicos em enfermagem e técnicos em saúde bucal), 12 agentes comunitários de saúde, 01 agente de serviços gerais, 03 profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (PRMPST/UFPR) e também é uma das unidades de saúde do município que recebe alunos de graduação de odontologia da Universidade Federal do Paraná como campo de estágio Programa de Educação pelo Trabalho (PET/UFPR), sendo a autora preceptora de campo do programa.

Dentre as três áreas abrangidas, a área 135, que compreende a Vila Liberdade e Vila Jardim Ana Maria, é considerada a área de maior risco social e biológico, tendo sob seus cuidados aproximadamente 2600 pessoas, presumindo-se que com esse número menor haja melhor garantia de equidade do acesso aos serviços. A equipe 136 abrange a Vila Jardim Ana Maria, Vila Jardim Nova Esperança, Vila Liberdade e Maria do Rosário. A área 137 situa-se na Vila Maria do Rosário e Parques dos Lagos, é a mais distante da Unidade, porém também é a que possui maior extensão e população, ressaltando que devido à distância e falta de linhas de ônibus nessa região, há dificuldade de acesso e são os usuários que menos acessam a unidade. A divisão de áreas, bem como a área total que faz parte da área de abrangência da Unidade de Saúde Liberdade, pode ser visto abaixo, na

FIGURA 3.

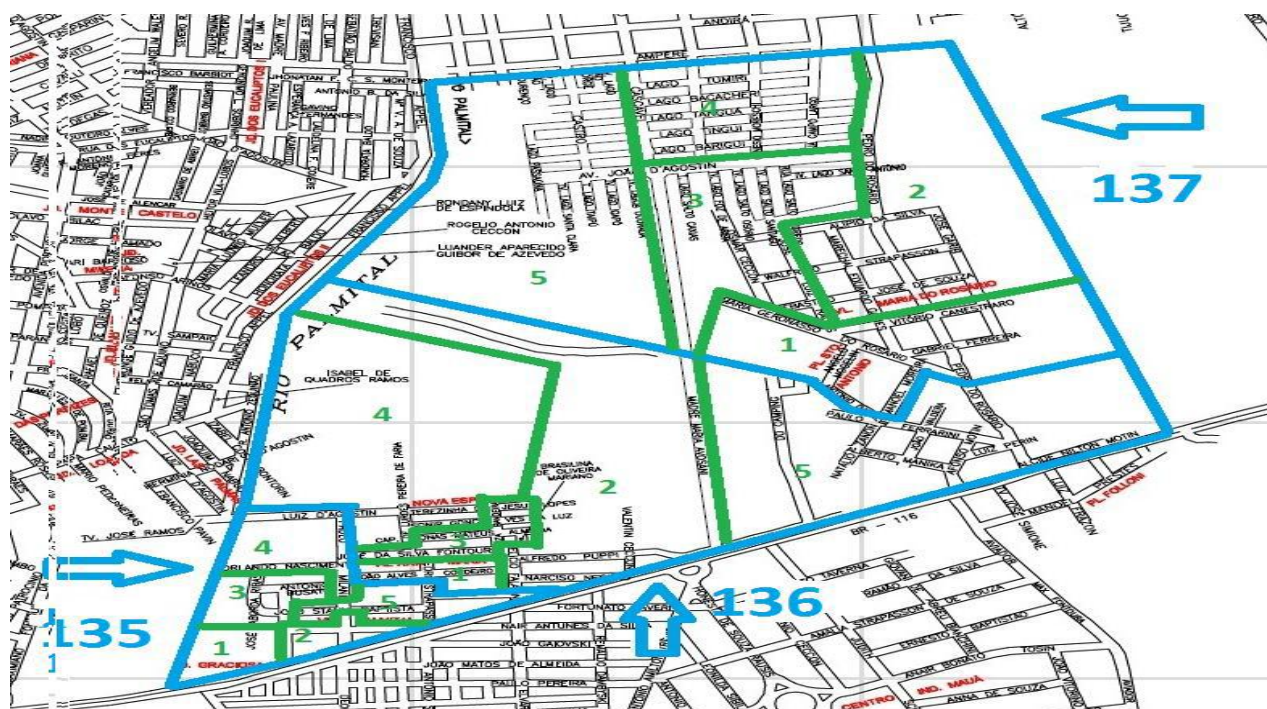


FIGURA 3 – MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO.

FONTE: Implantação da Estratégia Saúde da Família na Unidade de Saúde Liberdade, Colombo/Pr.

4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A educação em saúde e a educação continuada são realizadas, geralmente, de forma pontual, não contextualizada, sem pensar na longitudinalidade do cuidado, nem tampouco refletir sobre a atenção. A inquietação com essa forma de visão e de desenvolvimento da prática de educação em saúde em unidades básicas de saúde foi o que motivou este projeto. Machado e cols (2007, p. 339) relatam que as pesquisas têm demonstrado que, na prática de educação em saúde, presencia-se predomínio de paradigma que reforça a prática educacional reducionista e que requer reflexões para o alcance de ações integradas e participativas.

Por outro lado a presença contínua de gestantes adolescentes nos serviços de saúde bucal, e que antes de tal condição nunca acessaram os serviços completa a veemente necessidade de trabalhar temas de saúde com a população adolescente do território. A consideração inicial do problema adveio de observação dos fatos e relatos e da participação em ações educativas desenvolvidas nesta unidade de saúde, bem como em outras unidades de saúde do município e também fora dele, além daquelas que acontecem em espaços sociais privilegiados, nos quais são realizadas ações ditas de educação em saúde com grupos, mas que não se

aproximam muito do alvo pedagógico. Assim, os dados que instigaram a realização deste foram pertinentes à realidade experimentada pela autora desde a inauguração da unidade de saúde de estudo.

Outro fator complicante mencionado anteriormente é o fato de não haver sistema de informação implantado nas unidades de saúde do município, fazendo com que a grande maioria dos registros seja realizada com papel e caneta. Esse fato gera perda de dados, duplicidade na geração de cadastros e acompanhamento, além de dificuldade na atualização de dados sobre a população abrangida. Fica um sistema muito moroso e como muitos trabalham, separadamente, há retrabalhos e desarticulação de ações. Com o intuito de cooperação, maior integração e diminuição do impacto negativo dessa situação citada acima, os profissionais da unidade de saúde (ESF) de estudo procuram estar sempre integrados, havendo reunião geral de equipes e reunião para cada uma das equipes da Unidade de Saúde.

Será implantando planejamento estratégico anual para trabalhar educação na respectiva unidade de saúde, bem como nas escolas da área de abrangência, sendo formulada uma agenda programática conjunta de atividades para todos os profissionais envolvidos com a população da unidade de saúde.

Este trabalho apresenta revisão de literatura que dará suporte às ações desenvolvidas na unidade de saúde, voltadas para um segmento populacional específico da comunidade da área abrangida, que são os adolescentes, bem como demais desdobramentos práticos que possam advir da melhor compreensão dos profissionais e do empoderamento da população. Serão utilizadas as bases da aprendizagem significativa, trabalhando com as metodologias ativas e por intermédio de uma abordagem de educação dialógica, que vise à autonomia e ao empoderamento dos indivíduos e dos grupos adolescentes na unidade de saúde estudada e nas escolas abrangidas, além de servir como referência para crescimento dos profissionais com relação à educação em saúde; pois como diz Machado e cols (2007, p.339): “Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos.” e relata ainda que os profissionais devem atuar com as famílias no sentido de serem facilitadores do processo de educação em saúde voltado para o desenvolvimento da autonomia.

5 PROPOSTA

Trabalhar saúde com adolescentes, em uma região onde a incidência de gestação na adolescência é alta, a procura dos adolescentes pelos serviços de saúde geral é quase inexistente e mais especificamente de saúde bucal, essa procura não acontece de forma regular, mas somente em casos de patologia e de dor instaladas, é o desafio proposto neste estudo. Quadro semelhante a esse também é observado na realidade quanto à saúde geral, como já relatado em que as situações próprias da adolescência são relegadas a segundo plano, e muito preocupante pela aparente falta de informação, conscientização e educação quanto a esse importante estágio do desenvolvimento humano e também quanto às doenças sexualmente transmissíveis, visto que a gestação tem acontecido de rotina.

A proposição é que se organize o serviço ofertado pelos profissionais de saúde no sentido de elaborar agenda conjunta de atividades de educação em saúde tanto na unidade de saúde quanto nas escolas da área abrangida, para trabalhar com os adolescentes temas como: saúde bucal, desenvolvimento do corpo, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, gravidez e as mudanças no corpo, gravidez e as responsabilidades: materna e paterna, entre outros. Também serão realizados estudos para referenciar quantitativamente as situações observadas envolvendo: estimativa rápida de saúde bucal e de número de adolescentes grávidas nos últimos 12 meses, adolescentes que já tiveram sexarca e adolescentes que usam métodos de proteção/barreira nas relações sexuais.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

O escopo do presente estudo busca uma compreensão ampliada da educação em saúde na unidade de saúde da ESF em Colombo, realizando-se atividades educativas com adolescentes, fundamentadas na aprendizagem significativa e abordadas através das metodologias ativas.

As ações de educação em saúde acontecem há aproximadamente dez meses, quase que exclusivamente na unidade de saúde, porém não há planejamento prévio, programação e nem horizontalidade nas ações de educação em saúde; exceto com o grupo de Hipertensos e Diabéticos, no qual há certo

planejamento, porém a multidisciplinaridade raramente é percebida. A proposição de planejamento, construção e implementação de programação anual contendo temas multidisciplinares que abranjam de maneira mais integral esse segmento populacional e que permitam melhor gerência e continuidade nas ações educativas realizadas na unidade de saúde, bem como em outros espaços privilegiados como as escolas. Morin (2002) apud Machado e cols (2007) destaca que:

Assumir a integralidade na educação em saúde significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como “seres que sabem, sabem que sabem, sabem porque sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem consequentemente aos seus saberes. MORIN(2002) citado por MACHADO e COLS (2007, p.339).

As ações educativas propostas em programação anual serão desenvolvidas pela equipe de saúde bucal, juntamente com os demais profissionais da unidade de saúde, ou seja, com participação de enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, residentes e agentes comunitários de saúde.

O Índice de Higiene Oral (IHOs) foi proposto por Greene & Vermillion (1964), sendo um dos primeiros índices a introduzir a noção de exames simplificados e tem como objetivos relacionados a presente proposta os que seguem: verificar a eficiência de métodos de escovação e evidenciar os efeitos de programas de educação para a saúde bucal. Para aplicação de tal índice é avaliada a presença ou ausência de biofilme em superfícies específicas dos dentes molares e incisivos do indivíduo participante, isso sempre após aplicação de um evidenciador de biofilme. Será utilizado IHOs como um indicador de higiene na população de adolescentes acompanhada e como meio de avaliar a compreensão sobre os assuntos de saúde bucal e higiene que forem abordados, bem como para evidenciar mudanças que possam ter ocorrido na autonomia com a realização deste estudo, principalmente em relação à aquisição de hábitos saudáveis para a saúde bucal.

O presente trabalho se propõe, além da construção de programação juntamente à gestão da unidade de saúde, como citado acima a implementação das ações educativas numa proposta inovadora e de educação transformadora nas duas escolas que pertencem à área de abrangência da referida unidade de saúde, bem como com grupos instituídos na unidade de saúde. A finalidade precípua será munir os participantes das ações de ferramentas para desenvolvimento de sua autonomia, poder de decisão pessoal e do grupo com vistas a escolhas mais saudáveis e

promoção da saúde individual, na família e na coletividade nas quais os participantes estejam inseridos. Serão implantados instrumentos de coleta de dados já existentes no município e na literatura para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados com o presente estudo.

O **QUADRO 1** sintetiza a programação a ser seguida para realização das ações educativas a que se propõe este trabalho:

Ação a ser desenvolvida	Local e momento	Prazo de Execução	Responsável (is)	Avaliação e Monitoramento
1) Sensibilização do gestor da ESF e do gestor local da unidade de saúde e das escolas envolvidas no projeto.	Unidade de Saúde/SMS – nas reuniões semanais da unidade de saúde e reuniões das equipes.	Julho/13 a Dezembro/13	Gestor Municipal de ESF; Gestor local da unidade de saúde; Gestores locais das escolas envolvidas; Autora deste trabalho.	Subjetivo, relacionado à disponibilidade da gestão municipal e da coordenação local.
2) Elaboração de calendário anual de atividades educacionais, abordando temas multiprofissionais com a população de adolescentes e que serão realizadas na Unidade de Saúde e nas escolas da área abrangida, com os alunos das escolas fundamental I e II.	Unidade de Saúde e escolas da área abrangida.	Dezembro/13 a janeiro/14.	Gestor local da unidade de saúde e equipe multiprofissional; Autora deste trabalho.	Conclusão da elaboração do instrumento de organização das atividades educativas.
3) Apresentação da proposta e do calendário para apreciação pelos profissionais da unidade de saúde e execução de alterações necessárias.	Unidade de Saúde – nas reuniões semanais da unidade de saúde	Fevereiro/14	Autora deste trabalho; Gestor local da unidade de saúde; Equipe multiprofissional.	Cumprimento de prazo e realização de alterações necessárias.
4) Apresentação	Escola	Fevereiro/14	Autora deste	Cumprimento de

Ação a ser desenvolvida	Local e momento	Prazo de Execução	Responsável (is)	Avaliação e Monitoramento
da proposta e do calendário para apreciação pelos gestores das escolas e execução de alterações necessárias.	Municipal e Estadual da área de abrangência da unidade de saúde		trabalho; Gestores locais das escolas envolvidas.	prazo e realização de alterações necessárias.
5) Solicitar autorização dos pais e responsáveis para a realização da atividade junto aos adolescentes, conforme ANEXO 1 .	Escola Municipal e Estadual da área de abrangência da unidade de saúde	Fevereiro/14	Autora deste trabalho; Gestores locais das escolas envolvidas.	Recolhimento das autorizações preenchidas e assinadas pelo responsável.
6) Realização de estimativa simplificada de saúde bucal, conforme ANEXO 2 ; e pesquisa com perguntas escritas sobre número de adolescentes grávidas nos últimos 12 meses, adolescentes que já tiveram sexarca e adolescentes que usam métodos de proteção/barreira nas relações sexuais.	Escola Municipal e Estadual da área de abrangência da unidade de saúde	Fevereiro/14 e Março/14.	Autora deste trabalho; Gestores locais das escolas envolvidas; Equipe multiprofissional; Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UFPR).	Cumprimento de prazo e tabulação dos dados obtidos nessa primeira avaliação, para saúde bucal e gravidez na adolescência.
7) Realização de evidenciação de biofilme e aplicação do IHOs para classificação dos participantes quanto à higienização bucal.	Escola Municipal e Estadual da área de abrangência da unidade de saúde	Abril/14 e Maio/14.	Autora deste trabalho; Equipe multiprofissional; Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UFPR) e Graduandos de	Coleta e tabulação dos dados, segundo índice proposto.

Ação a ser desenvolvida	Local e momento	Prazo de Execução	Responsável (is)	Avaliação e Monitoramento
			Odontologia participantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde/MS-UFPR).	
8) Realização das atividades educacionais na unidade de saúde e nas escolas (desenvolvimento do corpo, sexualidade, doenças, métodos contraceptivos, gravidez e as mudanças no corpo, responsabilidades: materna e paterna....)	Unidade de Saúde Escola Municipal e Estadual da área	Fevereiro/14 a Dezembro/14.	Autora deste trabalho; Equipe multiprofissional; Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UFPR) e Graduandos de Odontologia participantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde/MS-UFPR).	Realização das atividades Construção de materiais educativos, trabalhos em equipe para aproximação ao tema, construção de mapas conceituais e análise da percepção dos atores envolvidos sobre os temas de educação em saúde.
9) Realização de evidenciação de placa e aplicação do IHOs para classificação dos participantes quanto à higienização bucal e coleta de dados do número de adolescentes grávidas do ano de 2014, desde o início das ações do presente trabalho.	Escola Municipal e Estadual da área de abrangência da unidade de saúde	Outubro/14 e Novembro/14.	Autora deste trabalho; Equipe multiprofissional; Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UFPR) e Graduandos de Odontologia participantes do Programa de Educação pelo	Coleta e tabulação dos dados, segundo índice proposto.

Ação a ser desenvolvida	Local e momento	Prazo de Execução	Responsável (is)	Avaliação e Monitoramento
			Trabalho (PET-Saúde/MS-UFPR).	

QUADRO 1- PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES RELATIVAS AO PRESENTE ESTUDO.

5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO (ETAPAS E AÇÃO)

O estudo apresentado será implementado na unidade de saúde da ESF do município de Colombo e nas escolas do território estudado; atuando tanto na unidade de saúde, como nas escolas da área de abrangência. As atividades que serão realizadas versarão sobre saúde bucal, higienização, presença de fatores retentivos, adolescência, gravidez na adolescência, promoção de saúde e prevenção de doenças.

O **QUADRO 2** abaixo traz a sequência das ações que serão implementadas:

Ações que serão desenvolvidas na unidade de saúde – PROJETO EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES NA ESF
1) Sensibilização do gestor da ESF e do gestor local da unidade de saúde e das escolas envolvidas no projeto.
2) Elaboração de calendário anual de atividades educacionais abordando temas multiprofissionais a ser realizadas com Adolescentes do território envolvido.
3) Apresentação da proposta e do calendário para apreciação pelos profissionais da unidade de saúde e execução de alterações necessárias.
4) Apresentação da proposta e do calendário para apreciação pelos gestores das escolas e execução de alterações necessárias.
5) Solicitar autorização dos pais e responsáveis para a realização da atividade junto aos adolescentes (ANEXO 1).
6) Realização de estimativa simplificada de saúde bucal (ANEXO 2) e de

Ações que serão desenvolvidas na unidade de saúde – PROJETO EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES NA ESF
número de adolescentes grávidas nos últimos 12 meses, adolescentes que já tiveram sexarca e adolescentes que usam métodos de proteção/barreira nas relações sexuais.
7) Realização de evidenciação de biofilme, escovação supervisionada e aplicação do IHOs para classificação dos participantes quanto à higienização bucal.
8) Realização das atividades educacionais na unidade de saúde e nas escolas (desenvolvimento do corpo, sexualidade, doenças, métodos contraceptivos, gravidez e as mudanças no corpo, responsabilidades: materna e paterna; dentre outros).
9) Realização de evidenciação de biofilme, escovação supervisionada e aplicação do IHOs para classificação dos participantes quanto à higienização bucal e coleta de dados do número de adolescentes grávidas do ano de 2014, desde o início das ações do presente trabalho.

QUADRO 2 – AÇÕES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS COM A POPULAÇÃO ALVO, RELATIVAS AO PRESENTE ESTUDO.

5.3 RECURSOS

A abordagem educacional proposta neste trabalho necessitará como recursos: profissionais da unidade ESF, tais como: cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, técnicos em saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UFPR) e Graduandos de Odontologia participantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde/MS-UFPR).

Recursos materiais como projetor multi-mídia e computadores, cartolinas, folderes, revistas e outros materiais informativos, macro-modelos, material para a estimativa rápida e evidenciação de biofilme como espátulas, luvas de procedimento, pastilhas de evidenciador, escovas dentais e creme dental. Podem também ser utilizados filmes, aparelhos televisores e de reprodução de DVD, além de

preservativos e demais materiais de apoio. Serão também necessários materiais de expediente como cartolinas, canetas, lápis de cor e tesourinhas.

A unidade de saúde dispõe de sala de reuniões e de ampla sala de espera que poderá ser utilizada para realização das atividades educativas, além das salas de aula da escola que poderão também utilizadas como espaço de realização das atividades.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS

Atualmente a unidade de saúde ESF convive com a situação de alto índice de gestação na adolescência observado cotidianamente, pouca demanda dos adolescentes e jovens pelos serviços prestados na mesma e falta de dados reais sobre a situação dos adolescentes e jovens na saúde bucal e gestação na adolescência.

Quanto à saúde bucal será aplicado instrumento existente no município de estimativa rápida para classificação do indivíduo quanto ao grau de severidade de doenças bucais. Quanto à gravidez na adolescência serão coletados dados numéricos de adolescentes grávidas, adolescentes que já tiveram sexarca e adolescentes que usam métodos de proteção/barreira nas relações sexuais.

Espera-se que os dados coletados neste trabalho sirvam de sinalizador para a necessidade de realizar ações mais abrangentes, tomando por base toda a coletividade residente na área de abrangência e não somente os escolares ou participantes de grupos da respectiva unidade de saúde. Os dados coletados neste, também serão dados importantes para realização de acompanhamento histórico sobre a qualidade da aprendizagem e transformações que porventura precisem ser desempenhadas no modo de perceber e trabalhar com educação em saúde, além das mudanças havidas nos indivíduos inseridos na família e na comunidade, na direção de educar para a saúde e promovê-la.

Ao finalizar o ciclo deste projeto esperam-se melhorias nas condições de saúde bucal dos adolescentes, principalmente quanto à presença de biofilme e de sangramento espontâneo e a diminuição progressiva do número de gestações na adolescência, além de posturas mais reflexivas quanto à importante fase da vida que é a adolescência e as implicações no desenvolvimento de cada ser e na sua saúde,

estimulando a autonomia e a tomada de decisões que evidenciem escolhas mais saudáveis para o adolescente, sua família e sua coletividade.

5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Ao trabalhar com adolescentes todo o trabalho fica dependente da autorização pelos pais ou responsáveis, sendo este um possível complicador e fator que poderá atrasar o cronograma de trabalho apresentado no presente trabalho, porém será enfatizada com os adolescentes a importância do trabalho e de que eles tragam a autorização e participem das ações.

A utilização de mídias poderá não ser tão facilitada em alguma das escolas e na unidade de saúde. Nesse caso recorrer-se-á aos métodos manuais de apresentação com cartazes, folderes e demais materiais concretos que contribuam na facilitação do processo ensino aprendizagem.

A coleta de dados poderá ter atraso por depender da presença dos participantes da ação no dia planejado, será então necessário retornar em outro momento ou solicitar a presença do participante em outro momento na unidade de saúde para coleta dos dados.

Os resultados de promoção à saúde bucal e compreensão dos desdobramentos de uma gestação na adolescência poderão não ocorrer de imediato, visto serem indivíduos e coletividades até então descobertos de ações educativas da natureza deste trabalho, bem como que recebem há menos de um ano atenção em saúde da família e em saúde bucal na unidade de saúde. Caso aconteça alguma dessas situações poderá ser reconsiderada a forma de abordagem e/ou dar continuidade às ações educativas por saber que educação é algo que não se consegue com apenas uma atividade, mas exige dedicação e perseverança do facilitador Na ação educativa.

Uma situação de grande relevância nesta análise pode ser a falta de adesão do grupo às atividades desenvolvidas, sendo esta a primeira tentativa de aproximação por parte da unidade de saúde (ESF) desse segmento populacional no território estudado. Espera-se desde o início atuar de forma a estimular a participação e o envolvimento dessa população.

6 CONCLUSÃO

A construção do presente estudo foi valiosa e muito aprazível, visto estar relacionada a problema experimentado no cotidiano e que ocasiona desconforto profissional e humano à autora. A revisão de bibliografia faz repensar novamente alguns conceitos, seria um re-repensar que leva a uma reflexão melhor fundamentada e que fornece ferramentas argumentativas muito mais adequadas para trabalhar com um público alvo tão desafiador quanto são os adolescentes.

As mudanças no olhar e no agir profissional também vão acontecendo ao passo que se inicia com o levantamento de um problema real, recua-se um pouco objetivando estudar, analisar, refletir e propor ações e, só após esse necessário aprendizado e planejamento, implementá-las.

O desafio posto será tornar a proposta deste trabalho efetiva junto aos demais atores, visto tratar de trabalho de equipe, intersetorial, com prática anti-hegemônica de educação em saúde, mas voltada para construção de autonomia dos adolescentes como seres capazes de aprender e ser corresponsável por administrar suas situações de saúde.

Todas as ações devem ser realizadas sem perder de vista que a educação em saúde é um campo vasto, fértil e que não se restringe a um saber profissional, mas envolve vários profissionais e deve estar fundamentada em práticas educacionais de diálogo, de acolhimento e escuta, de ética e inovadoras para emancipação, autonomia e empoderamento dos indivíduos e de suas famílias e coletividades, visando melhores condições de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**, Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.1, p. 319-325, 2011.

BATISTA, G.A.; SILVA, M.R.L. **Estilos de Aprendizagem de Kolb**, tradução. Texto em inglês disponível em <http://www.businessballs.com/kolblearningstyles.htm> Acessado em 10/11/13.

BERBEL, N.A.N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

Bioestatística e Epidemiologia. Disponível em <http://saudebucalcoletivauerj.files.wordpress.com/> > Acessado em 24/09/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. 1998-2004**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 200 p.

_____. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CAMPOS, M. L. **Avaliação do Programa de Educação em Saúde Bucal de Rio do Sul/ Sc**; Dissertação Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, 2005.

CANDEIAS, Nelly M. F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**, Revista de Saúde Pública, v.31, n. 2, p.209-13, 1997.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S.S.; FERRI, C.P.; BARROS, .C.M; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. **Gravidez na adolescência:** perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 177-186, Jan, 2007.

COLOMBO, Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde de Colombo 2010-2013**; Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde.

DAGNINO, R. P. **Planejamento estratégico governamental.** Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES : UAB, 2009.

Datasus: **Informações de Saúde.** Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br>> Acessado em 12/09/13.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática docente. 19ª ed., Editora Paz e Terra, São Paulo, 1996.

GONÇALVES, M.A.; Ollita I. **Gravidez na adolescência.** Revista de Enfermagem UNISA; v.1; p. 95-98, 2000.

Infância e adolescência no Brasil. Disponível em Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>>. Acessado em 03/09/13.

KOLB, D. **Estilos de Aprendizagem de Kolb**, 1984, atualizado em 2006. Disponível em <http://www.businessballs.com/kolblearningstyles.htm> Acessado em 10/10/13.

L'ABBATE, S. **Educação em Saúde:** uma nova abordagem. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 481-490, Out/Dez, 1994.

MACHADO, M.F.A.S., MONTEIRO, E. M.L.M., QUEIROZ, D.T., VIEIRA, N.F.C., ; BARROSO, M.G.T., **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS:** uma revisão conceitual. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.2, Mar./Abr, Rio de Janeiro, 2007.

Metodologias Ativas na Educação em Saúde. Disponível em: <http://cuidarempsiquiatria.blogspot.com.br/2010/09/metodologias-ativas-na-educacao-em.html>, Acesso em 04/12/13.

MITRE, S.M.; BATISTA, R. S.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO, N.M.; MEIRELLES, C.A.B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L.M.A. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2), p. 2133-2144, 2008.

MORAES, R.M. **A aprendizagem significativa de conteúdos de biologia no ensino médio, mediante o uso de organizadores prévios e mapas conceituais**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Educação Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande. MS, 2005

MOREIRA, M.A. **Aprendizagem significativa: da visão clássica à visão crítica**, Conferência de encerramento do V Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Madrid, Espanha, Set, 2006.

NOVAK, J.D., CAÑAS A.J., **A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los**. Práxis Educativa, Ponta Grossa, v.5, n.1, p. 9-29 , jan.-jun. 2010. Tradução disponível em <<http://www.periodicos.uepg.br>>.

OLIVEIRA, D. L. **A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. Revista Latino-am Enfermagem, v.13, n.3, p.423-31, Maio/Jun, 2005.


OLIVEIRA, M.A.C., EGRY, E. Y., GEJER, D. **Adolescer e Adoecer: Perfil de saúde-doença de adolescentes de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo**. Revista Latino-americana de Enfermagem - Ribeirão Preto - v. 5 - n. 1 - p. 15-25, Jan, 1997.

PIMENTEL, A. **A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional**. Revista Estudos de Psicologia, v. 12, n. 2, p.159-168, 2007.

RONZANI, T.M., SILVA, C.M., **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**, Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.1, p.23-34, 2008.

VASCONCELOS, E.M., **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde**. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, p.121-126, 2001.

ANEXOS

 PREFEITURA DE COLOMBO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
	Carta de Esclarecimento aos Pais e/ou Responsáveis
Senhores Pais – Responsáveis. Comunicamos que serão realizadas atividades de educação em saúde com os alunos (as) da escola em que seu filho(a) está matriculado(a) e também um questionário com os alunos (as), com o objetivo de conhecer as condições de saúde dos escolares. Para esta pesquisa será realizado um breve questionário e um exame odontológico simples, rápido, de fácil execução, que não causa dor, qualquer desconforto ou qualquer tipo de constrangimento. Os dados coletados serão usados somente para fins de pesquisa, sendo mantido sigilo absoluto sobre a identidade dos participantes.	
_____ Assinatura dos Pais ou Responsável	

ANEXO 1 – CARTA DE ESCLARECIMENTO AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS PARA AUTORIZAÇÃO À PARTICIPAÇÃO DO ALUNO NAS ATIVIDADES REFERENTES AO PRESENTE ESTUDO.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

FICHA DE ESTIMATIVA SIMPLIFICADA EM ESCOLARES – 2014

ESCOLA: _____ TURMA: _____ PROF: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

NOME DO ALUNO	Presença de Cárie Evidente em Decíduos	Presença de Cárie Evidente em Permanentes	Presença de Lesão de cárie incipiente e ativa (lesões brancas)	Bio filme Dental Evidente (Placa Bacteriana)	Sangramento Gingival Evidente	Presença de fatores retentivos	Presença de Abscesso	Classificação do Grau de Severidade da de Cárie Alto-Médio-Baixo	Clínica Pais/Responsáveis (S/ N)
1-									
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									

ANEXO 2 – MODELO DE FICHA DE ESTIMATIVA SIMPLIFICADA EM ESCOLARES QUE SERÁ UTILIZADA NAS ATIVIDADES DE COLETA DE DADOS SOBRE SAÚDE BUCAL, REFERENTES AO PRESENTE ESTUDO.